

א פרטי המועמד לביטוח

מס' דרכון	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
-----------	-----------	---------	------------	--

בהצהרת הבריאות יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. במידה והתשובה לאחת השאלות חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

חלק א': שאלות כלליות

כן	לא	1. האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם הנך שותה, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)?
כן	לא	2. האם הופנית במהלך 5 השנים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה? (אם כן יש להעביר תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)
כן	לא	3. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-5 השנים האחרונות? נא פרטי/י.
כן	לא	4. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות? אנא פרט סיבת האשפוז והטיפול שקיבלת
כן	לא	5. האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל/טופלת, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/תרופה זו?

חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

כן	לא	1. מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> במידה והתשובה לאחת או יותר מהבעיות חיובית, יש לצרף מכתב עדכני מהרופא הניירולוג המטפל
כן	לא	2. עיניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7).
כן	לא	3. לב <input type="checkbox"/> כלי דם
כן	לא	4. בלוטת המגן (בלוטת התריס)
כן	לא	5. אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית)
כן	לא	6. קיבה <input type="checkbox"/> מעיים <input type="checkbox"/> וושט <input type="checkbox"/> כיס המרה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> טחורים - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך: האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
כן	לא	7. בקע (הרניה): מיקום הבקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה הימנית <input type="checkbox"/> במפשעה השמאלית <input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? (תאריך) האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
כן	לא	8. איידס ו/או נשאות HIV
כן	לא	9. זאבת (לופוס)
כן	לא	10. כליות <input type="checkbox"/> דרכי השתן
כן	לא	11. גב ועמוד השדרה <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> שברים <input type="checkbox"/> מפרקים
כן	לא	12. גידולי עור
כן	לא	13. עגבת
כן	לא	14. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)
כן	לא	15. לנשים: <input type="checkbox"/> שדיים <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית

פרט.....

ב הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מצהיר בזה כי כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי.
2. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, ישמשו תנאי מהותי לחוזה הביטוח בין לבין המבטח והוא חלק בלתי נפרד ממנו.
3. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שיהיה חייב להצדיק את החלטתו. לידיעתך, חוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטח יוציא אישור בכתב על קבלת המבטח לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשונים שולמו במלואם. תנאי זה של תשלום מלוא דמי הביטוח הראשונים, לא יחול אם התקבל על ידי המבטח אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו את פרמיית הביטוח.
4. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
5. האם חברת ביטוח כלשהי סרבה או ביטלה אי פעם את הצעתך לביטוח בריאות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
6. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב את עזובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

טופס הצהרת בריאות זה נחתם על ידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.



חתימת העד



חתימת המועמד לביטוח



dt30707